

A. ہسپتال یا کلینک کا مقام

Hospital or Clinic Location

وہ مقام (مقامات) منتخب کریں جہاں مریض کو نگہداشت ملی یا ملے گی:

Select the location(s) where the patient received or will receive care:

HF West Bloomfield Hospital

Henry Ford (HF) Hospital

HF Wyandotte or HF Health Center Brownstown

HF Kingswood Hospital

دیگر، براہ کرم وضاحت کریں:

HF Macomb Hospital

Other, please specify:

HF Medical Centers

HF Jackson Hospital

B. مریض کی معلومات

Patient Information

نگہداشت موصول کرنے والے مریض کے بارے میں براہ کرم یہ سیکشن مکمل کریں:

Complete this section about the patient receiving care:

مریض کا نام:

Patient Name:

تاریخ پیدائش:

Date of Birth (DOB):

طبی ریکارڈ نمبر:

Medical Record Number:

سوشل سیکیورٹی نمبر:

Social Security Number:

ضامن کا ID نمبر:

Guarantor ID Number:

C. ذمہ دار فریق (ضامن)

Responsible Party (Guarantor)

براہ کرم طبی بل کی ادائیگی کرنے والے فرد کے بارے میں یہ سیکشن مکمل کریں:

Complete this section about the person paying the medical bill:

ذمہ دار فریق کا نام (اگر سیکشن B سے مختلف ہو):

Responsible Party Name (if different than section B):

مریض سے رشتہ:

Relationship to Patient:

D. ہیلتھ انشورنس اہلیت کی تصدیق

Health Insurance Eligibility Verification

درج ذیل سوالات میں سے ہر ایک کے لیے 'ہاں' یا 'نہیں' کو منتخب کریں:

Select 'yes' or 'no' for each of the following questions:

<input type="checkbox"/> ہاں Yes	<input type="checkbox"/> نہیں No	1. کیا آپ نے Medicare کے لیے درخواست دی ہے یا مسترد کر دی گئی ہے؟ Have you applied or been denied for Medicare?
<input type="checkbox"/> ہاں Yes	<input type="checkbox"/> نہیں No	a. Medicare حصہ A Medicare Part A?
<input type="checkbox"/> ہاں Yes	<input type="checkbox"/> نہیں No	b. Medicare حصہ B Medicare Part B?
<input type="checkbox"/> ہاں Yes	<input type="checkbox"/> نہیں No	c. Medicare حصہ C Medicare Part C?
<input type="checkbox"/> ہاں Yes	<input type="checkbox"/> نہیں No	2. کیا آپ نے Medicaid کے لیے درخواست دی ہے یا مسترد کر دی گئی ہے؟ Have you applied or been denied for Medicaid?
<input type="checkbox"/> ہاں Yes	<input type="checkbox"/> نہیں No	a. اگر آپ کو مسترد کیا گیا تھا، کیا مسترد پچھلے 90 دنوں میں ہوا تھا؟ If you were denied, was the denial within the last 90 days?
<input type="checkbox"/> ہاں Yes	<input type="checkbox"/> نہیں No	3. کیا آپ مالی اعانت کے لیے درخواست دینا کی خدمات کے لیے درخواست دے رہے ہیں جو درج ذیل سے متعلق ہیں: Are you applying for financial assistance services related to:
<input type="checkbox"/> ہاں Yes	<input type="checkbox"/> نہیں No	a. موٹر گاڑی سے حادثہ؟ Motor vehicle accident (MVA)?
<input type="checkbox"/> ہاں Yes	<input type="checkbox"/> نہیں No	b. جرم سے متاثر؟ Crime victim?
<input type="checkbox"/> ہاں Yes	<input type="checkbox"/> نہیں No	c. ورکرز کمپنیشن؟ Workers compensation?
<input type="checkbox"/> ہاں Yes	<input type="checkbox"/> نہیں No	d. دوسری چوٹ (مثال کے طور پر پھسلنا اور گرنا)؟ Other injury (for example, slip and fall)?
<input type="checkbox"/> ہاں Yes	<input type="checkbox"/> نہیں No	4. کیا آپ کا آجر یا شریک حیات کا آجر گروپ صحت بیمہ پیش کرتا ہے؟ Does your employer or spouse's employer offer group health insurance?
<input type="checkbox"/> ہاں Yes	<input type="checkbox"/> نہیں No	5. کیا آپ نے اپنے آجر یا شریک حیات کے ذریعے پچھلے 3 سے 6 مہینوں میں کوریج حاصل کی ہے؟ Did you have coverage in the last 3 to 6 months through your employer or spouse's employer?
<input type="checkbox"/> ہاں Yes	<input type="checkbox"/> نہیں No	a. اگر ہاں، کیا کنسولیڈیٹڈ اومنیبس بجٹ رکنسلی ایشن ایکٹ (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) آپ کے لیے دستیاب ہے؟ If yes, is COBRA available to you?

6. کیا آپ کے پاس کوئی دیگر صحت بیمہ ہے؟

Do you have any other health insurance?

نہیں ہاں

No Yes

a. اگر ہاں تو، براہ کرم بیمہ کی معلومات فراہم کریں:

If yes, please provide the insurance information:

7. کیا آپ ایسی مستقل رہائشی ہیں جو Henry Ford Health سروس کے علاقے میں رہتے ہیں؟

Are you a permanent resident who lives within the Henry Ford Health service area?

نہیں ہاں

No Yes

E. گھریلو ارکان اور گھریلو ملازمت کی آمدنی

Household Members and Household Employment Income

مریض کے گھر والوں کے بارے میں اس حصے کو مکمل کریں:

Complete this section about the patient's household:

آپ کے گھرانے میں کتنے لوگ ہیں؟ _____ گھر کے کسی بھی ممبر کی فہرست بنائیں جو آمدنی کماتا ہے (اگر ضرورت ہو تو دوسری شیٹ منسلک کریں):

List any _____ How many people are in your household? household member who earns an income (attach another sheet if needed):

ماہانہ مجموعی آمدنی (کٹوتی سے قبل) Monthly Gross Income (before deductions)	مریض سے رشتہ Relationship to Patient	گھرانے کے ممبر کا نام Household Member Name
\$		
\$		
\$		
\$		
\$		
کل ماہانہ مجموعی آمدنی: Total Monthly Gross Income:		

F. گھرانے کی دیگر آمدنی

Household Other Income

مریض کی دوسری آمدنی کے بارے میں اس حصے کو مکمل کریں اگر یہ آمدنی کے دیگر ذرائع ہیں:

Complete this section about the patient's other income if these are other sources of income:

رقم فی ماہ Amount Per Month	آمدنی کے دیگر ذرائع Other Income Sources
\$	امداد اطفال/نفقہ Child Support/Alimony
\$	فوسٹر کیئر، ٹاؤن شپ ٹرسٹی، چرچ سے ہونے والی آمدنی، وغیرہ۔ Foster Care, Township Trustee, Church Income, etc.
\$	پنشن، سوشل سیکیورٹی، سوشل سیکیورٹی ڈس ایبلٹی Pension, Social Security, Social Security Disability

\$	کرایے کا مکان Rental Property
\$	سالانے، سود، ریٹائرمنٹ ڈسٹریبیوشن Annuities, Interest, Retirement Distribution
\$	بے روزگاری یا ورکر کمپنیشن Unemployment or Worker's Compensation
\$	دیگر، (براہ کرم وضاحت) کریں: Other (please specify)
\$	دیگر آمدنی کے کل ذرائع Total Other Income Sources

G. گھریلو اثاثے

Household Assets

مريض کے گھریلو اثاثوں کے بارے میں اس حصے کو مکمل کریں اگر یہ گھریلو اثاثے ہیں:-
Complete this section about the patient's household assets if these are household assets:

کل Total	اثاثہ کی قسم Type of Asset
\$	نقد Cash
\$	سیونگر اکاؤنٹ Savings Account
\$	چیکنگ اکاؤنٹ Checking Account
\$	اسٹاکس Stocks
\$	بانڈز Bonds
\$	سیونگر بانڈز Savings Bonds
\$	سرٹیفکیٹس آف ڈپازٹس Certificates of Deposit (CDs)
\$	منی مارکیٹ اکاؤنٹس Money Market Accounts
\$	میوچوئل فنڈز Mutual Funds
\$	ٹرسٹس Trusts
\$	کل اثاثے Total Assets

H. گھرانے کے ماہانہ اخراجات Monthly Household Expenses

مریض کے گھریلو اخراجات کے بارے میں اس حصے کو مکمل کریں اگر کوئی گھریلو اخراجات ہیں:
Complete this section about the patient's household expenses if there are any household expenses:

رقم فی ماہ Amount Per Month	خرچ کی قسم Type of Expense
\$	کرایہ Rent
\$	رہن Mortgage
\$	امداد اطفال Child Support
\$	کریانہ کے سامان Groceries
\$	گاڑی کی ادائیگی Vehicle Payment
\$	عام بل General Bills
\$	کل ماہانہ گھریلو اخراجات Total Monthly Household Expenses

ا. اجازت

Authorization

میں اس کے ذریعے HFH پالیسیوں اور طریقہ کار کے مطابق مالی امداد کے لیے میری اہلیت کی حیثیت کے تعین کے لیے Henry Ford Health (HFH) کو اس درخواست میں موجود معلومات کے اجراء کی اجازت دیتا ہوں۔ میں HFH کو اس معلومات کی توثیق کرنے کی اجازت دیتا ہوں کہ وہ ضروری ہو، جس میں کریڈٹ بیورو کی رپورٹ حاصل کرنا، روزگار اور/یا آمدنی کی تصدیق کرنا، اور مناسب معاون دستاویزات حاصل کرنا شامل ہو سکتا ہے لیکن ان تک محدود نہیں ہے۔ اس درخواست میں میری فراہم کردہ تمام معلومات اور آمدنی کی دستاویزی شہادت ویسے ہی صحیح، درست اور مکمل ہیں جیسی دکھائی گئی ہیں۔ اگر کسی بھی وقت اس بات کا تعین کیا جاتا ہے کہ میری فراہم کردہ معلومات غلط یا غلط تھیں، تو تمام مالی امداد واپس لے لی جائے گی، اور میں کسی بھی اور تمام بقایا رقم کی مکمل اور فوری ادائیگی کی ذمہ داری قبول کروں گا۔ میں کسی بھی جزوی مالی امداد کی رعایت کے بعد واجب الادا رقم کی ادائیگی کی ذمہ داری قبول کرنے سے بھی اتفاق کرتا ہوں۔

I hereby authorize the release of the information contained in this application to Henry Ford Health (HFH) for the determination of my eligibility status for financial assistance in accordance with HFH policies and procedures. I authorize HFH to verify this information as necessary, which may include but is not limited to, obtaining a credit bureau report, verifying employment and/or income, and obtaining appropriate supporting documents. All information and income documentation provided by me in this application is true, accurate and complete as shown. If it is determined at any time the information I provided was false or inaccurate, all financial assistance will be reversed, and I will accept responsibility for full and immediate payment of any and all outstanding balances. I also agree to accept payment responsibility for any amount due after any partial financial assistance discounts.

پرینٹ نام:

Print Name:

مریض سے رشتہ:

Relationship to Patient:

براہ کرم تصدیق کریں کہ آپ نے یہ دستاویز مکمل کر لی ہے اور اپنی درخواست واپس کرنے سے پہلے آپ کی درخواست پر کارروائی کے لیے درکار تمام قابل اطلاق دستاویزات فراہم کر دی ہیں:

Please verify that you have completed this document and provided all applicable documentation needed to process your request before you return your application:

دستخط اور تاریخ سمیت درخواست کے تمام صفحات کو مکمل کیا۔

Completed all pages of application, including signature and date.

اپنے حالیہ ترین سال کی اجرت اور ٹیکس کے بیانات (فارم W-2) اور یا متفرق آمدنی (فارم 1099) منسلک کریں۔

Attached your most recent year Wage and Tax Statements (Form W-2) and or Miscellaneous Income (Form 1099).

گھر کے ہر فرد کی سال بہ تاریخ کی کمائی کے ساتھ آخری 2 مہینوں کے پے اسٹیٹس منسلک ہیں۔

Attached last 2 months of pay stubs with year-to-date earnings for each member of the household.

حالیہ سال (فارم 1040) کے لیے اپنا وفاقی انکم ٹیکس ریٹرن منسلک کریں۔

Attached your Federal Income Tax return for the most recent year (form 1040).

آپ کے مشی گن ڈرائیور کے لائسنس یا مشی گن ریاست کے شناختی کارڈ کی ایک کاپی منسلک کریں۔

Attached a copy of your Michigan driver's license or Michigan state identification card.

آپ کے آخری دو مہینوں کے حالیہ بینک اسٹیٹمنٹس منسلک ہیں: چیکنگ/سیونگ۔

Attached your last two months of recent bank statements: checking/savings.

دوسری آمدنی کا منسلک کردہ ثبوت (یا مثال: کرایہ کی آمدنی، وغیرہ)

Attached proof of other income (or example: rental income, etc.)

اگر آپ کے پاس کوریج ہے تو میڈیکل انشورنس کارڈز کی کاپیاں منسلک کریں۔

Attached copies of medical insurance cards if you have coverage.

اگر آپ نے درخواست دی اور انکار کر دیا گیا تو Medicaid کے انکاری خط کی ایک کاپی منسلک کریں۔

Attached a copy of the Medicaid denial letter if you applied and were denied.

براہ کرم نوٹ کریں، آپ کی درخواست کا مزید جائزہ لینے کے لیے ذاتی مالی ضرورت کا بیان درکار ہو سکتا ہے۔

Please note, a statement of personal financial need may be required to further evaluate your application.